
De belemmerende en bevorderende
factoren van huisartsen voor het werken
conform de KNMG meldcode voor
kindermishandeling en volwassengeweld.

The impeding and promoting factors for general practitioners to
work conform the *KNMG Reporting code domestic violence and
child abuse*.

Naam: Marinke de Jong
Studentnummer: 1135309
Begeleiders: M.E. Pieterse
A.A.J. Konijnendijk
Plaats: Universiteit Twente, Enschede
Datum: Juli, 2013

Inhoud

Voorwoord	4
Samenvatting	5
Abstract	6
Inleiding	
Probleemstelling	7
Huiselijk geweld	8
Gevolgen huiselijk geweld	8
Kosten huiselijk geweld	9
Epidemiologie huiselijk geweld	9
KNMG meldcode	10
AMK en SHG	11
Huidig werken conform de KNMG meldcode door huisartsen	11
Innovatie	12
Theorie van gepland gedrag	14
Methode	
Respondenten	16
Meetinstrumenten	
<i>Algemeen gedeelte</i>	18
<i>Werken conform de meldcode</i>	18
<i>Determinanten van de gebruiker</i>	18
Procedure	20
Analyse	
<i>Descriptieve analyse</i>	21
<i>Betrouwbaarheidsanalyse</i>	21
<i>Bivariate analyse</i>	22
<i>Multivariate analyse</i>	22
Resultaten	
Beschrijving van respondenten	23
Meldcode gerelateerde gegevens	24
Bivariate analyse	26

Multivariate analyse	28
Discussie	
Algemene conclusie	34
Conclusie huidig functioneren conform de KNMG meldcode	34
Conclusie beschrijvende en meldcode gerelateerde factoren	35
Conclusie bivariate en multivariate analyse	36
Resultaten uit ander onderzoek	36
Sterke en zwakke punten van de onderzoeksopzet	37
Aanbevelingen	38
Referenties	39
Bijlagen	
<i>Bijlage I Stappenplan KNMG meldcode kindermishandeling</i>	42
<i>Bijlage II Stappenplan KNMG meldcode volwassengeweld</i>	43
<i>Bijlage III Wervende e-mailtekst</i>	44
<i>Bijlage IV Vragenlijst naar de KNMG meldcode voor huisartsen</i>	45

Voorwoord

Vanaf juli 2013 wordt het verplicht voor huisartsen om volgens de KNMG meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling te werken. Dit kan andere eisen stellen aan het handelen van de huisartsen, dan dat zij gewend zijn. Daarom is in dit onderzoek onderzocht welke bevorderende en belemmerende factoren een rol spelen bij huisartsen naar het werken volgens de meldcode. Voor dit onderzoek zijn de huisartsen uit de Huisartsenkring Twente benaderd. Het resultaat van dit onderzoek geeft inzicht over hoe er nu gewerkt wordt conform de meldcode, maar laat ook zien hoe het werken conform de meldcode nog verbeterd kan worden.

Tot slot wil ik M.E. Pieterse en A.A.J. Konijnendijk bedanken voor de begeleiding bij dit onderzoek.

Samenvatting

Vanaf juli 2013 zal het voor huisartsen verplicht worden om volgens de KNMG meldcode voor kindermishandeling en volwassengeweld te werken bij een vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling. Door het verplichte karakter van de meldcode kan dit andere eisen stellen aan de manier van werken van huisartsen dan dat zij nu gewend zijn. In dit onderzoek is dan ook onderzocht welke bevorderende en belemmerende factoren een rol spelen bij een huisarts naar het werken conform de KNMG meldcode.

Er is een vragenlijst ontwikkeld die in totaal naar 350 huisartsen is gestuurd die verbonden zijn met de huisartsenkring Twente, waarvan 43 huisartsen hem ook daadwerkelijk hebben ingevuld (12%). De vragenlijst is ontwikkeld met behulp van twee professionals op het gebied van implementaties in de gezondheidszorg en de voorzittende huisarts uit de Huisartsenkring Twente. De vragenlijst is gebaseerd op de MIDI (Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties) en op de theorie van gepland gedrag.

Uit de regressieanalyse blijkt dat de *medewerking en tevredenheid van de patiënt* en het *persoonlijk voor- en nadeel* dat de huisarts ervaart een voorspellende waarde hebben op de intentie van huisartsen om conform de KNMG meldcode te werken. Uit een ANOVA blijkt dat het gaat om de volgende zes specifieke factoren: 1) voldoende kennis over de KNMG meldcode, 2) het gevoel hebben dat het tot je functie behoort om volgens de KNMG meldcode te werken, 3) de grotere zekerheid die een huisarts ervaart door het werken volgens de stappen van de KNMG meldcode, 4) juridisch sterk staan als een casus tot een rechtszaak komt, 5) de verwachting dat patiënten het zullen accepteren als er volgens de KNMG meldcode wordt gewerkt en 6) de verwachting dat door het gebruik van de KNMG meldcode huiselijk geweld eerder kan worden voorkomen of gestopt. Als (één van de) voorgaande factoren hoog is bij huisartsen, dan mag er verwacht worden dat er dan ook eerder de intentie zal zijn om conform de KNMG meldcode te werken.

Abstract

Since July 2013, it will be required for general practitioners to work conform the *KNMG Reporting code domestic violence and child abuse* when they have a presumption of domestic violence and/or child abuse. Because of the required reporting code, general practitioners have to work in other circumstances than they potentially did before and that cause problems. This research focuses on the impeding and promoting factor for general practitioners to work conform the *KNMG Reporting code domestic violence and child abuse*.

In order to carry out research, a survey is sent to 350 general practitioners, who were connected to the organization of all general practitioners in Twente. In total, 43 general practitioners participated (12%).

There is used a previously developed questionnaire, the MIDI (*meetinstrument voor Determinanten van Innovaties*), to develop the questionnaire for this study. The questionnaire is based on the theory of planned behavior also. The questionnaire is developed in collaboration with two care innovation professionals and a general practitioner.

The survey showed that *cooperation and satisfaction of the patient and personal advantages and disadvantages of the general practitioner* have a predictive value on the intention of the general practitioner to work conform the *KNMG reporting code*.

The results showed that the following specific factors are predictors of the intention: 1) adequate knowledge about the *KNMG reporting code*. 2) The feeling that it has to be your own function to work conform the *KNMG reporting code*. 3) The certainty that a general practitioners experience through working conform the steps of the *reporting code*. 4). To know that if a case is coming to court, the general practitioner is in a juridical strong position. 5) The expectation that patients accept the proceedings of the general practitioners when the general practitioner is working conform the *KNMG reporting code*. 6) The expectation that domestic violence and child abuse will be stopped of prevented earlier when the general practitioner works conform the *reporting code*.

When (one of these) predicting factors is high, the intention of the general practitioners to work conform the *reporting code* will be also higher.

Inleiding

Probleemstelling

Huiselijk geweld en kindermishandeling zijn complexe problemen die zo snel mogelijk geminimaliseerd dienen te worden. De laatste jaren is er veel onderzoek gedaan naar huiselijk geweld en is er ook veel aandacht voor geweest in de media en politiek. Huiselijk geweld bestaat uit veelvoorkomende, complexe problemen die van grote invloed zijn op het slachtoffer, de dader, maar ook op de maatschappij. Ruim 9% van de Nederlandse bevolking is in een periode van vijf jaar slachtoffer geworden van huiselijk geweld. Ongeveer 75% van de gevallen waren ernstig, dit omvatte 65% lichamelijk geweld en 8% seksueel geweld (Van der Veen & Bogaerts, 2010). Het is onder andere de taak van de huisarts om huiselijk geweld te signaleren en vervolgens de nodige stappen te ondernemen. Voor huisartsen blijkt het moeilijk om de signalen in te schatten en te bepalen of en hoe er actie moet worden ondernomen. Dit blijkt uit een rapport van de Inspectie van de Gezondheidszorg (2012). Hierin staat dat de signalering van kindermishandeling door huisartsenposten wel is verbeterd maar nog niet optimaal is. Vooral de screening op kindermishandeling, de samenwerking met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en de scholing van de triagisten moesten beter. Uit het rapport van de Inspectie van de Gezondheidszorg (2013) blijkt dat nu vrijwel alle huisartsenposten aan die normen voldoen (www.vhn.artsennet.nl, z.j.). Om ondersteuning te bieden zal het vanaf juli 2013 voor huisartsen verplicht worden om bij signalen van kindermishandeling en/of huiselijk geweld te handelen volgens de KNMG meldcode (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) (www.knmg.artsennet.nl/Over-KNMG, z.j.). Deze KNMG meldcode uit 2008 is afgeleid van de basis meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012). De basis meldcode is een handreiking voor het opstellen van een code voor de eigen organisatie of praktijk. De KNMG meldcode beschrijft precies de stappen die een huisarts moet ondernemen bij een vermoeden van huiselijk geweld.

De verplichte meldcode kan andere eisen aan het handelen van een huisarts stellen, dan dat hij/zij gewend is in het verleden en dat kan voor moeilijkheden zorgen bij de implementatie van de meldcode. Door middel van dit onderzoek zal worden onderzocht welke belemmerende en bevorderende factoren een rol spelen bij huisartsen in Twente bij het werken conform de verplichte KNMG meldcode. Dit onderzoek zal uiteindelijk bijdragen om de procedure na de signalering van huiselijk geweld en kindermishandeling te verbeteren en daarmee het aantal slachtoffers te minimaliseren.

De invoering van de wettelijke verplichting om volgens de meldcode te handelen, vanaf juli 2013, kan gezien worden als een implementatie. De KNMG meldcode bestaat al vanaf 2008, maar is pas vanaf juli 2013 ook daadwerkelijk verplicht. Volgens Grol & Wensing (2011) kan een implementatie omschreven worden als ‘een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen waarde) met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg’. Tijdens een implementatie zijn er specifieke factoren die het implementatieproces, de werkzaamheid van de implementatiestrategie en het verloop van het implementatieproces kunnen bevorderen of belemmeren. Volgens Grol en Wensing (2011) zijn een viertal factoren van belang. Ten eerste individuele factoren, zoals cognitieve factoren, motivationele factoren (zoals inkomen, vrije tijd), percepties en wensen van patiënten en gedragsmatige factoren (routinematig gedrag). Daarnaast kunnen sociale factoren, zoals patiëntenzorgteams en professionele netwerken, een rol spelen. Ook organisatorische factoren, zoals organisatiestructuren, werkprocessen, organisatiecultuur en beschikbare middelen kunnen van invloed zijn op de implementatie. En tot slot maatschappelijke factoren, zoals professionalisering, financiële prikkels en wet- en regelgeving kunnen van invloed zijn. Later zal nog verder worden gespecificeerd welke factoren voornamelijk voor huisartsen een rol spelen.

Huiselijk geweld

Huiselijk geweld is een overkoepelend begrip voor verschillende vormen van geweld, te weten: kindermishandeling en verwaarlozing, ouderenmishandeling, eerge relateerd geweld zoals eerwraak, vrouwelijke genitale verminking (‘vrouwenbesnijdenis’) of huwelijksdwang, oudermishandeling en partnergeweld en ex-partnergeweld in alle verschijningsvormen, ook psychische mishandeling en stalking. (www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld, z.j.). Kindermishandeling als onderdeel van huiselijk geweld wordt als volgt gedefinieerd: *“Elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen te opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel”* (Wet op de Jeugdzorg, artikel 1). Kindermishandeling valt onder de term huiselijk geweld. In dit onderzoek zal dan ook consistent gesproken worden over huiselijk geweld.

Gevolgen huiselijk geweld

Huiselijk geweld leidt vooral tot emotionele problemen, dit geldt vooral voor slachtoffers van seksueel geweld en voor vrouwen. Het gaat hier om gevoelens van boosheid, angst en

neerslachtigheid. Veel slachtoffers krijgen minder vertrouwen in anderen en in zichzelf en verliezen gevoelens van intimiteit en seksualiteit. Scheiding is het belangrijkste gevolg bij wie de dader van huiselijk geweld de (ex-)partner is (van Dijk, Veen & Cox, 2010). Als het geweld in de kindertijd is begonnen verliezen slachtoffers vaker het contact met familie, dan wanneer het in een later stadium is begonnen. Slachtoffers van seksueel geweld geven aan vooral moeite te hebben met relaties. Verschillende studies hebben aangetoond dat kinderen enorm lijden aan huiselijk geweld. Zo kan het op korte termijn leiden tot verstoorde hechtingsrelaties en op langere termijn kunnen er psychische klachten en cognitieve en neurobiologische veranderingen optreden (grotere kans ontwikkelen van depressie en angst, slechter functioneren van werkgeheugen). Daarnaast kunnen lichamelijke problemen ontstaan die zouden kunnen leiden tot fatale mishandeling (Alink, 2012).

Kosten huiselijk geweld

Er zijn drie soorten kosten die een rol spelen als gevolg van huiselijk geweld. Ten eerste de kosten voor het gebruik van officiële diensten, zoals politie, justitie, gezondheidszorg etc. Daarnaast het productieverlies (verzuim) en ten derde het menselijk lijden (Movisie, 2011). Uit een onderzoek van Visee (2010) bleek dat de directe kosten voor werkgevers van verzuim als gevolg van huiselijk geweld tussen de 74 en 192 miljoen euro per jaar bedragen.

Epidemiologie huiselijk geweld

Ongeveer 9% van de bevolking heeft van 2005-2010 te maken gehad met huiselijk geweld. Bij twee procent één voorval, vier procent heeft te maken gehad met twee tot vier verschillende voorvallen, bij twee procent is er sprake van vijf tot negen voorvallen en één procent is met meer dan tien verschillende voorvallen in aanraking gekomen. Vrouwen worden vaker slachtoffer van huiselijk geweld dan mannen, voornamelijk op het gebied van seksueel geweld. Het aantal voorvallen ligt voor beide sekse ongeveer gelijk. Autochtonen worden minder vaak slachtoffer van huiselijk geweld dan allochtonen, met uitzondering van Antillianen (van Dijk, Veen & Cox, 2010). In 2010 meldden zo'n 20% van de slachtoffers huiselijk geweld bij de politie en betrof ruim 60% van de gevallen partner- of ex-partnergeweld (Van der Veen & Bogaerts, 2010). In 2010 werden er 44 dodelijke slachtoffers van huiselijk geweld geregistreerd door de politie (Tweede Kamer 28345, (2010-2011)). De jaarprevalentie op basis van de NPM-2010 (Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen, 2010) en AMK-meldingen is ongeveer 34 gevallen van kindermishandeling op iedere duizend kinderen, wat geschat wordt op 118.836 gevallen (Alink et al., 2012; Van IJzendoorn et al., 2007 & Doeven, 2008). Hierbij moet vermeld worden dat dit het topje van de ijsberg is, veel gevallen van mishandeling blijven onopgemerkt. Zo blijkt dat in 2009 bijna 60.000 keer contact opgenomen met het Advies- en

Meldpunt Kindermishandeling (AMK) voor een vraag of vermoeden van kindermishandeling. Het AMK gaf 32.000 keer een advies, ruim 10.000 keer een consult en deed 17.000 keer onderzoek om te bepalen of er sprake was van kindermishandeling. Sinds 2004 is het aantal eerste contacten met het AMK met 75% gestegen (Boerdam, 2010). Volgens de tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (2010) is het aantal slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling van 2005-2010 niet gedaald, alhoewel er wel meer meldingen zijn gedaan bij het AMK.

KNMG meldcode

Eind 2008 werd er een wetsvoorstel ingediend waarin het voor organisaties en zelfstandigen verplicht werd om een meldcode te hanteren voor huiselijk geweld en kindermishandeling. Als handreiking is er in 2008 een basismodel ontworpen, die makkelijk aangepast kan worden voor de eigen organisatie. Het doel van de meldcode is om beroepskrachten (in dit onderzoek huisartsen) te ondersteunen in de omgang met signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. De meldcode bestaat uit verschillende stappen die de professional laat zien wat er van hem/haar verwacht wordt en hoe hij/zij (ook rekening houdend met beroepsgeheim) over kan gaan tot een eventuele melding. De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling zal vanaf juli 2013 verplicht worden voor organisaties in de sectoren gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en justitie. De KNMG meldcode is in 2008 ontwikkeld specifiek voor huisartsen. En bestaat uit een aparte meldcode voor kindermishandeling en voor volwassengeweld (zie bijlage 1 en 2). De code voor volwassengeweld is in 2012 toegevoegd. Beide codes bestaan uit vijf te ondernemen stappen (www.knmg.artsennet.nl, z.j.).

De stappen die een huisarts vanaf juli 2013 verplicht dient te volgen bij (een vermoeden) kindermishandeling volgens de KNMG meldcode zijn:

- 1) Onderzoek, verzamelen van aanwijzingen en vastleggen in dossier*
- 2) Advies AMK en eventueel collega*
- 3) Zo mogelijk gesprek met ouders.
- 4) Zonodig overleg met betrokken professional(s).
- 5a) Melding bij AMK*
- 5b) Monitoring hulp*

*=verplichte stap

Bij signalering van volwassengeweld dient een huisarts te werken volgens de KNMG meldcode voor volwassengeweld, te weten:

- 1) Onderzoek*
- 2) Advies bij SHG en bij voorkeur ook collega*
- 3) Zo nodig gesprek betrokkenen
- 4) Zonodig overleg betrokken professionals
- 5a) Monitoring hulp*
- 5b) Melding bij SHG*

*=verplichte stap

De stappen hoeven niet uitsluitend in deze volgorde genomen te worden, maar voor het doen van een melding is het wel van belang dat alle stappen doorlopen zijn (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012). Er zijn een aantal verschillen met de basis meldcode. Zo is het bij de KNMG meldcode verplicht om advies te vragen bij het AMK of SHG, terwijl dat ik in de basis meldcode niet verplicht is.

Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG)

Bij sprake van huiselijk geweld zijn er verschillende instanties die hulp kunnen bieden. Zo is er bijvoorbeeld het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) voor slachtoffers, plegers en getuigen van huiselijk geweld (www.slachtofferwijzer.nl/organisaties/steunpunthuiselijkgeweld, z.j.).

Het SHG biedt een luisterend oor, geeft advies en brengt mensen in contact met de juiste hulpverlening (www.slachtofferwijzer.nl/organisaties/steunpunthuiselijkgeweld, z.j.). Als er bij het huiselijk geweld ook kinderen betrokken zijn kan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) worden ingeschakeld. Het AMK geeft advies en onderzoekt mogelijke vermoedens van kindermishandeling.

(www.slachtofferwijzer.nl/organisaties/adviesmeldpuntkindermishandeling, z.j.). Het AMK maakt deel uit van Bureau Jeugdzorg.

Huidig werken conform de KNMG meldcode door huisartsen

Doeven (2008) heeft onderzoek gedaan naar beschikking, waardering, gebruik en scholing van meldcodes kindermishandeling die op dat moment al bestonden. Daaruit bleek dat 16% van de huisartsen beschikt over een meldcode, waarvan 33% zegt goed bekend te zijn met de meldcode. In de gezondheidszorg in het algemeen gebruikt 64% bij elk vermoeden de procedure uit de meldcode. Onder de gezondheidszorg in dit onderzoek vallen ook consultatiebureauartsen, ziekenhuisartsen, jeugdartsen, kinderartsen, tandartsen, verloskundigen, kraamverzorgenden, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, psychiaters en psychologen. Van de mensen die in de gezondheidszorg bekend zijn met de meldcode, wordt

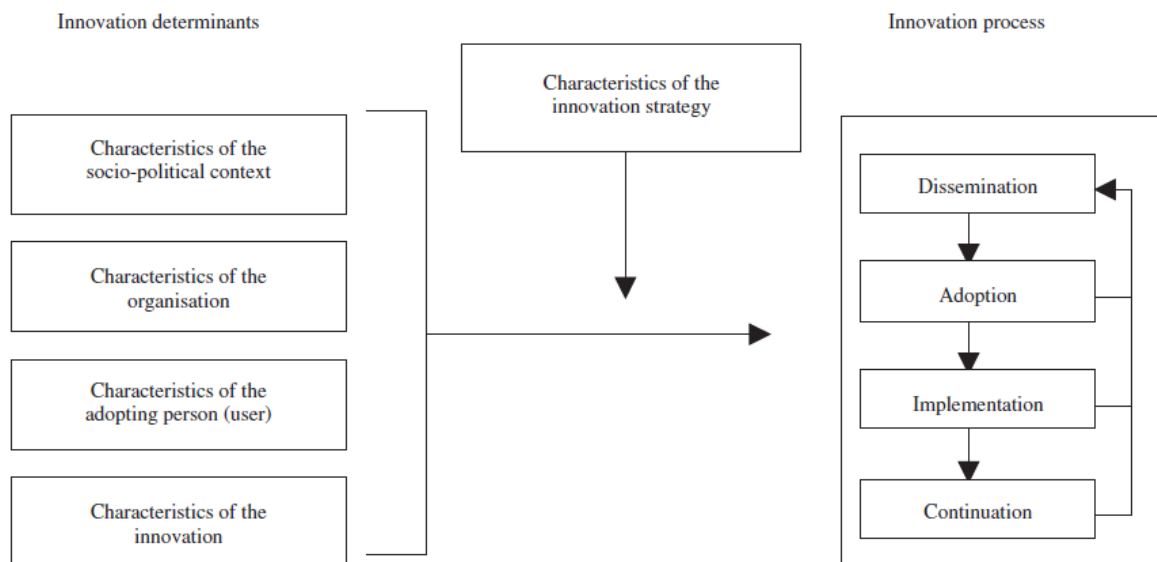
het gemiddeld 4,1 keer per jaar gebruikt. In de gezondheidszorg in het algemeen wordt bij een vermoeden van kindermishandeling in 53% van de gevallen de signalen schriftelijk vastgelegd (gemiddeld 1,6 keer). Er wordt ongeveer 0,6 keer een gesprek gevoerd met het kind, ongeveer 1,3 keer een gesprek gevoerd met de ouder(s). Bij 41% van de gevallen wordt er gemeld bij het AMK (1,0 keer) en 0,7 keer wordt er advies ingewonnen bij het AMK (Doeven, 2008). Uit onderzoek blijkt dat professionals die de meldcode gebruiken de acties vaker uitvoeren dan de professionals die geen meldcode gebruiken. Van de professionals in de gezondheidszorg die de meldcode gebruiken, zegt 28% van de professionals de meldcode als heel duidelijk te ervaren en 32% zegt het een heel goed hulpmiddel te vinden. Uit het onderzoek blijkt dat de huisarts niet afwijkt van het gemiddeld aantal ondernomen acties bij het signaleren van geweld (in vergelijking tot de andere groepen), maar dat de huisartsen wel veel minder vaak de hulp ingeschakeld hebben van het AMK. Het gaat hier dan vooral om meldingen en advies bij het AMK. Daarnaast zegt 53% van de huisartsen een training te hebben gevolgd voor het omgaan met vermoedens van kindermishandeling. Enerzijds zeggen professionals te beschikken over de benodigde kennis en vaardigheden, maar aan de andere kant is de behoefte aan training ook groot. Professionals die al met de meldcode werken hebben vaker training gevolgd dan professionals die niet met de meldcode werken (Doeven, 2008).

Innovatie

Het invoeren van een verplichte meldcode kan veel veranderingen teweeg brengen in de huidige manier van werken van huisartsen. Verschillende theorieën over innovaties spelen een belangrijke rol als het gaat om het invoeren van de verplichte KNMG meldcode vanaf juli 2013. Met een innovatie wordt een idee, praktijk of object bedoeld die als nieuw wordt ervaren door een individueel persoon of andere groep die aan verandering wordt blootgesteld (Fleuren, 2004, Rogers, 2002).

Het innovatieproces bij organisaties van de gezondheidszorg gaat volgens Fleuren (2004) volgens vier stappen (zie figuur 1):

- 1) Disseminatie
- 2) Adoptie
- 3) Implementatie
- 4) Continuering



Figuur 1. Innovatie determinanten en innovatie proces (Fleuren, 2004)

Bij de overgang van de ene naar de andere stap kunnen verschillende determinanten het proces beïnvloeden (Fleuren, 2004 & Smolders et al., 2006). Onder determinanten worden factoren verstaan die de innovatie stimuleren of juist belemmeren (Smolders et al., 2006). Deze determinanten kunnen per stap van het innovatieproces verschillend zijn. Volgens Fleuren (2004) spelen vier groepen determinanten een rol. De eerste soort determinanten zijn eigenschappen van de sociaalpolitieke context, ook wel economische context (Smolders et al. 2006), zoals regels en wetgeving. De tweede groep zijn de eigenschappen van de organisatie (in dit onderzoek bijvoorbeeld het overkoepelende orgaan van huisartsen, de groepspraktijk of de huisartsengroep). De derde groep determinanten zijn de karakteristieken van de adopterende gebruiker. In dit onderzoek zijn dat de karakteristieken van de huisarts die volgens de verplichte meldcode moet gaan werken. Ook de eigenschappen van de innovatie zelf spelen mee, zoals de complexiteit van de meldcode, maar ook de voordelen ten opzichte van de oude werkwijze (*relative advantage*) (Fleuren, 2004; Rogers, 2002).

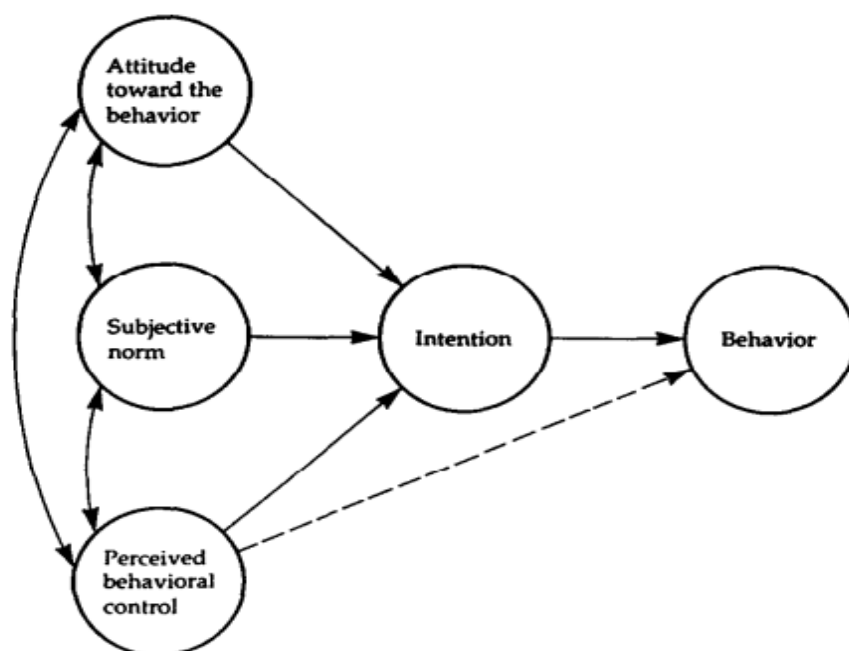
In dit onderzoek staan de karakteristieken van de huisarts centraal. Er zal namelijk gemeten worden in hoeverre de huisarts zelf voordelen of belemmeringen ervaart in het werken

volgens de KNMG meldcode. Indirect kunnen de huisartsen wel informatie geven over de andere drie groepen determinanten. Via de huisarts kan namelijk informatie worden verkregen over de karakteristieken van de organisatie en de karakteristieken van de innovatie.

Om meer inzicht te krijgen in de karakteristieken van de gebruiker is gebruikt gemaakt van de theorie van gepland gedrag. De theorie van gepland gedrag is een motivationele theorie, een theorie die zich richt op de motivatie om te veranderen. Daarbij worden de invloed van attitudes, percepties en intenties ten aanzien van het gewenste gedrag betrokken (Grol & Wensing, 2011).

Theorie van gepland gedrag

Een theorie die een belangrijke rol speelt in dit onderzoek is de theorie van gepland gedrag (Morrison & Bennett, 2006 & Kassin et al., 2011) (zie figuur 2). Volgens deze theorie zijn de attitude, de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole voorspellende factoren voor de intentie. De intentie is daaropvolgend een voorspellende factor voor het construct gedrag (Kassin et al.). Al deze factoren kunnen aangrijpingspunten zijn voor implementatie (Grol en Wensing, 2011).



Figuur 2. Theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1991)

Een attitude is een positieve, negatieve of gemengde reactie op een persoon, object of idee (Kassin et al., 2011 & Ajzen, 1991). De subjectieve norm verwijst naar de verwachte sociale druk naar het wel of niet handelen naar het gedrag. Als de huisarts meer gemotiveerd is om te

voldoen aan de verwachtingen van anderen, zal er een grotere kans zijn dat hij ook daadwerkelijk het gedrag uitvoert (Ajzen, 1991). Met de waargenomen gedragscontrole wordt het geloof van het individu over de eigen controle van het gedrag bedoeld, rekening houdend met eerdere ervaringen of barrières (Ajzen, 1991). Als een huisarts zelf het idee heeft controle te hebben over het gedrag (werken conform de meldcode) zou de huisarts eerder in staat kunnen zijn om daarnaar te handelen. Dit geldt ook voor de attitude en de subjectieve norm. Als de attitude tegenover de uitkomsten positief is, zal de huisarts ook eerder naar de uitkomsten handelen. De attitude, subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole zijn in dit model voorspellers van de intentie om het gedrag uit te voeren. De intentie voorspelt uiteindelijk of het gedrag ook daadwerkelijk uitgevoerd wordt. In hoeverre de attitude, de subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole voorspellers zijn van intentie is niet in elke situatie gelijk (Ajzen, 1991). Deze factoren zijn allemaal van invloed op de implementatie en kunnen ook worden beïnvloedt om zo het innovatieproces te versnellen of te verbeteren (Grol en Wensing, 2011).

Er zijn verschillende eerdere onderzoeken geweest waarin de theorie van gepland gedrag een goede indicatie gaf van de belemmerende en bevorderende factoren van zorginnovatie. Een voorbeeld is een onderzoek van Walker, Grimshaw & Armstrong (2001). Zij hebben onderzoek gedaan naar de saillante overtuiging en intentie van huisartsen om antibiotica voor te schrijven aan patiënten met een zere keel, ondanks bewijs dat dit niet effectief is en een antibioticaresistentie kan veroorzaken in de populatie. Hieruit blijkt dat de attitude over antibiotica en de waargenomen gedragscontrole van de huisarts belangrijke voorspellers zijn voor de intentie om antibiotica wel of niet voor te schrijven (correlatie 0.69). Ook blijkt uit een onderzoek van Hrisos et al. (2009) naar de eerstelijnsgezondheidszorg van diabetes, dat attitude en subjectieve norm belangrijke voorspellers zijn voor de intentie van zorgprofessionals om twee handelingen te verrichten. Ten eerste om statines voor te schrijven en ten twee voor het inspecteren van voeten. Het is in dit onderzoek alleen niet duidelijk of zorgprofessionals dienen te werken aan de hand van een richtlijn. Daarnaast toont een ander onderzoek (Huis et al., 2013) over de verbetering van handhygiëne aan dat de determinanten *kennis, bewustwording, action control, facilitation of behaviour, sociale invloed, attitude, zelfeffectiviteit* en *intentie* worden gezien als factoren voor het wel of niet verbeteren van de handhygiëne.

Door middel van een vragenlijst zal er antwoord worden gegeven op de vraag: Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren van huisartsen om volgens de KNMG meldcode voor kindermishandeling en volwassengeweld te werken.

Methode

Door middel van een cross-sectioneel onderzoek hebben huisartsen in Twente de mogelijkheid gehad om deel te nemen aan dit onderzoek. Er is door middel van een vragenlijst informatie verzameld over determinanten die voor de huisarts een rol spelen bij het wel of niet werken volgens de KNMG meldcode. Deze vragenlijst is gebaseerd op de MIDI en de theorie van gepland gedrag (Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties, Fleuren et al., 2012). In de MIDI zijn elf determinanten opgenomen die de karakteristieken van de gebruiker meten.

Respondenten

Het onderzoek is uitgevoerd onder de huisartsen die verbonden zijn met de Huisartsenkring Twente. De huisartsen zijn via een mail van de huisartsenkring uitgenodigd voor deelname (zie bijlage 3). In totaal zijn er ongeveer 350 huisartsen aangeschreven. De vragenlijst is door 43 huisartsen (12%) ingevuld. De huisartsen, verbonden aan de Huisartsenkring Twente, komen uit veertien verschillende gemeentes. In de groep respondenten zijn huisartsen afkomstig uit twaalf van de veertien gemeentes. Hierin viel op dat huisartsen uit Enschede (39.5%) en Hengelo (16.3%) het meest vertegenwoordigd waren. Het percentage uit Enschede is relatief iets meer dan dat te verwachten viel vanuit het totaal aantal huisartsen die verbonden zijn met de huisartsenkring, dit is namelijk ongeveer 22%. De huisartsen waren afkomstig uit verschillende soorten praktijken en dienstverbanden. Uit gegevens van de huisartsenkring blijkt dat er 270 van de 350 (77.14%) huisartsen een eigen praktijk hebben en ongeveer 80 van de 350 (22.9%) in loondienst zijn of waarnemer. Dit komt redelijk overeen met de respondenten. Een overzicht van de beschrijvende factoren van de deelnemende huisartsen is te zien in de tabel op de volgende bladzijde (tabel 1)

Tabel 1. Beschrijvende factoren van deelnemende huisartsen; leeftijd, fte werkzaam, werkervaring, geslacht, soort praktijk, soort dienstverband en gemeente. Gemiddelde (M), standaarddeviatie (SD) en percentage (%).

Beschrijvende factoren van de deelnemende huisartsen		M	SD
Leeftijd		46.58	9.87
Fte werkzaam		0.75	0.23
Werkervaring (aantal jaren)		15.30	9.73
			Percentage (%)
Geslacht	Vrouwelijk		46.6
	Mannelijk		53.5
Soort praktijk	Groepspraktijk of duopraktijk		69.8
	Solopraktijk		27.9
Dienstverband	Eigen praktijk en/of zelfstandig gevestigde HA		67.4
	In loondienst verband, HIDHA en/of waarnemer		32.6
Gemeente	Almelo		7.0
	Dinkelland		4.7
	Enschede		39.5
	Hof van Twente		2.3
	Hellendoorn		4.7
	Hengelo		16.3
	Losser		2.3
	Oldenzaal		7.0
	Rijssen		4.7
	Tubbergen		2.3
Twenterand	Twenterand		7.0
	Wierden		2.3

Meetinstrumenten

Voor dit onderzoek is een vragenlijst ontwikkeld die de bevorderende en belemmerende factoren van huisartsen meet voor het werken volgens de verplichte KNMG meldcode (zie bijlage 4). Deze vragenlijst is ontwikkeld met behulp van experts op het gebied van innovatieonderzoek en implementatieprocessen in de gezondheidszorg gespecificeerd op het thema huiselijk geweld. Ook heeft een huisarts uit de huisartsenkring Twente meegewerkt en is de vragenlijst gedeeltelijk gebaseerd op de MIDI (Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties) (Fleuren et al., 2012). In de ontwikkelde vragenlijst zijn de determinanten opgenomen die volgens de huisarts van invloed kunnen zijn op het werken met de meldcode.

De vragenlijst bestaat uit drie delen; een algemeen deel, een deel over gedrag (werken conform de verschillende stappen in de meldcode) en een deel over determinanten die ten grondslag liggen aan het wel of niet werken volgens de meldcode.

Algemeen gedeelte

In het algemene deel is er gevraagd naar geslacht, leeftijd, werkzame gemeente, percentage, fte werkzaam, soort praktijk, soort dienstverband en aantal jaar werkervaring.

Vervolgens is er gevraagd naar het totaal aantal vermoedens en directe meldingen van huiselijk geweld in de afgelopen twaalf maanden. Hierbij moesten de huisartsen het aantal zo goed mogelijk schatten. Tot slot is er gevraagd naar de hoeveelheid gebruik van de meldcode de afgelopen twaalf maanden en of er nascholing is gevolgd de afgelopen twee jaar.

Werken conform de meldcode

Daarna is gevraagd in hoeverre de huisarts op dit moment werkt conform de KNMG meldcode. Dit is gedaan door elke afzonderlijke stap van de KNMG meldcode aan de huisarts voor te leggen en te vragen hoe frequent de stap door de huisarts uitgevoerd wordt. Er kon antwoord gegeven worden door middel van een vierpunts-Likertschaal (geen enkel geval – sommige gevallen – bijna alle gevallen – alle gevallen). De stappen zijn zo geformuleerd dat de huisarts bij optimaal handelen (dus exact conform de meldcode) bij elke stap ‘alle gevallen’ zou moeten scoren.

Determinanten van de gebruiker

Om te meten welke bevorderende en belemmerende factoren de huisarts ervaart bij het werken conform de verplichte KNMG meldcode zijn er een aantal constructen gemeten.

Het construct *waargenomen kennis* is gemeten door middel van de stelling “In hoeverre bent u op de hoogte van de KNMG meldcode”, met als antwoordoptie een driepunts-Likertschaal van *ik ben niet op de hoogte – ik ben een beetje op de hoogte - ik ben op de*

hoogte.

De *bruikbaarheid* is gemeten door middel van de stelling “In hoeverre vindt u dat de KNMG meldcode duidelijk aangeeft wat u moet doen als u huiselijk geweld of kindermishandeling vermoedt?” Hier kon de huisarts op antwoorden door middel van een vijfpunts-Likertschaal van *helemaal niet duidelijk* tot *heel duidelijk*.

Het *persoonlijke voor- en nadeel* dat de huisarts ervaart is gemeten door middel van zeven stellingen. Een voorbeeld van een stelling is “Door de KNMG meldcode te gebruiken voel ik mij zekerder over de te nemen stappen bij een vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling”. De andere stellingen gingen over kennis, het behoren bij de functie, juridisch sterk staan, reactie van de familie, tijd en geld. De zeven stellingen werden met een vijfpunts-Likertschaal gemeten van *helemaal mee oneens* tot *helemaal mee eens*.

Vervolgens is de *intentie* gemeten met drie stellingen op een vijfpunts-Likertschaal van *zeker niet* tot *zeker wel*. Een voorbeeld van een stelling is “Ik ben van plan conform de KNMG meldcode te werken of te blijven werken”. De andere twee stellingen gingen over het downloaden van de meldcode en de intentie om nascholing te volgen.

Descriptieve norm is gemeten door middel van twee stellingen. De stellingen gingen over welk deel van de huisartsen volgen de de huisarts werkt volgens de KNMG meldcode en welk deel van de collegahuisartsen van de huisarts verwacht dat hij/zij met de meldcode werkt. Beide stellingen konden beantwoord worden een vijfpunts-Likertschaal van *niemand* tot *allemaal*.

Sociale steun is gemeten door middel van zes vragen op een vijfpunts-Likertschaal van *nooit* tot *altijd*. Bijvoorbeeld: “Ik krijg voldoende ondersteuning van medehuisartsen in mijn praktijk, als ik die nodig heb bij het werken volgens de KNMG meldcode.” De andere vragen gingen over voldoende sociale steun van betrokken professionals, het AMK en het SHG.

Het construct *samenwerking* is gemeten door de volgende hoofdvraag: “In welke mate ervaart u knelpunten in de samenwerking met onderstaande ketenpartners bij een vermoeden van huiselijk geweld en kindermishandeling?” Met een vierpunts-Likertschaal van *nooit* tot *altijd* kon antwoord gegeven worden. Het ging hier bijvoorbeeld om samenwerking met de gezondheidszorg, jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning en politie.

Zelfeffectiviteit is gemeten door één hoofdvraag: “In hoeverre acht u zichzelf in staat om...” met daarbij negen subvragen die beantwoord konden worden door een vijfpunts-Likertschaal van *zeker niet* tot *zeker wel*. Deze negen subvragen zijn gebaseerd op de stappen uit de KNMG meldcode.

De *medewerking/tevredenheid* van de patiënt zijn gemeten door de hoofdvraag: “Ik verwacht dat...” met daarbij vier subvragen die beantwoord konden worden door een vijfpunts-Likertschaal van *helemaal mee oneens* tot *helemaal mee eens*. De subvragen hadden

betrekking op de acceptatie van patiënten, de waarheid van de patiënten, medewerking van patiënten en over het feit of huiselijk geweld eerder gestopt kan worden door middel van de meldcode.

Tot slot is *attitude* gemeten door middel van de vraag: “Het werken volgens de KNMG meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vind ik...” met eerst een Likertschaal van *heel slecht* tot *heel goed* en een tweede Likertschaal van *helemaal niet effectief* tot *helemaal effectief*. Daarna zijn er nog twee stellingen voor de meting van de *attitude*, deze gingen over het gebruik van de KNMG meldcode en het verplichtende karakter van de meldcode vanaf juli 2013.

Procedure

De huisartsen werden door middel van een e-mail van de Huisartsenkring Twente uitgenodigd om mee te werken aan het onderzoek. In de e-mail stond een tekst (zie bijlage 3) met daarin een link naar de online vragenlijst. Verder stond in de e-mail uitleg over het doel van het onderzoek, de waarborging van de anonimiteit, hoe de huisarts achteraf geïnformeerd zal worden over het onderzoek en de tijdsduur dat het onderzoek in beslag zou nemen (10-15 minuten). Na het klikken op de link verscheen de vragenlijst in een online programma (Survey-IGS utwente). Hier kreeg de huisarts op het startscherm nog een keer de tekst uit de e-mail te zien. Na het beantwoorden van de vragen had de huisarts nog de mogelijkheid om opmerkingen of vragen neer te zetten met betrekking tot de vragenlijst. De huisartsen hadden bijna drie weken de tijd om de vragenlijst in te vullen, daarna is de vragenlijst gedeactiveerd.

Analyse

De respondenten die gestopt zijn met invullen vóór het onderdeel ‘gedrag’ zijn uit de vragenlijst verwijderd. Vervolgens zijn alle antwoorden die niet leesbaar waren voor het data-analyseprogramma handmatig aangepast naar leesbare antwoorden, zoals bijvoorbeeld ‘2 keer’ is veranderd naar ‘2’. De items waarbij gekozen kon worden uit verschillende categorieën zijn waar nodig in twee categorieën gevoegd, vanwege de lage respons. Zo zijn ‘groepspraktijk’ en ‘duopraktijk’ bij elkaar gevoegd en ‘in loondienstverband’ en ‘HIDHA en/of waarnemer’ bij elkaar gevoegd. Zo kon er een betere groepsvergelijking gemaakt worden. Vervolgens zijn alle negatief geformuleerde items omgeschaald. Dit ging om zeven stellingen. Een voorbeeld van een dergelijke stelling is: “Wanneer ik de stappen van de KNMG meldcode volg, wordt dat onvoldoende vergoed”. Het antwoord op dit item is dan zodanig hergecodeerd dat een hoge score op dit item duidt op een gunstige bijdrage aan het gebruik van de KNMG meldcode.

Descriptieve analyse

De eerste data-analyse is uitgevoerd over de beschrijvende variabelen zoals geslacht, leeftijd, werkzame gemeente, aantal fte, soort praktijk, soort dienstverband en werkervaring. Hiervan zijn het gemiddelde en de standaarddeviatie bepaald.

Betrouwbaarheidsanalyse

Om te kunnen concluderen dat de stellingen die samen één construct dienen te meten, ook daadwerkelijk een construct zijn, is over elk construct de Cronbachs Alpha berekend (zie tabel 2). Deze toets meet de interne consistentie van het construct. Bij een Cronbachs Alpha $>.6$ is er uitgegaan van een goed (mee te werken) construct. Uit de Cronbachs Alpha van het construct *medewerking/tevredenheid patiënt* bleek dat de vraag: “Ik verwacht dat mijn patiënten niet zullen meewerken wanneer ik handel volgens de stappen van de KNMG meldcode”, een lagere Cronbachs Alpha veroorzaakte binnen het construct (.51 naar .61). Daarom is gekozen om dit item te verwijderen uit de data-analyse. De Cronbachs Alpha van het construct *persoonlijk voor- en nadeel* bleek te laag (.56). De theoretische constructen *gedrag, intentie, sociale steun, samenwerking, zelfeffectiviteit* en *attitude* bleken goede constructen ($>.6$) en hebben dus een goede interne consistentie.

Tabel 2. *Interne Consistentie van de constructen gedrag, intentie, persoonlijk voor- en nadeel, sociale steun, samenwerking, zelfeffectiviteit, medewerking en tevredenheid patiënt, attitude en descriptieve norm (Cronbachs α) (n=43)*

Theoretisch construct	Cronbachs α
Gedrag	0.85
Intentie	0.47
Persoonlijk voor- en nadeel	0.56
Sociale steun	0.87
Samenwerking	0.93
Zelfeffectiviteit	0.76
Medewerking en tevredenheid patiënt	0.61
Attitude (n=21)	0.88
Descriptieve norm	0.93

Bivariate analyse

Op basis van de theorie van gepland gedrag is er in dit onderzoek gekozen om de voorspellers te laten correleren met het construct *intentie*. Er wordt namelijk verwacht dat de constructen een voorspellende waarde hebben op de *intentie*. Het gedrag is in dit onderzoek retrospectief gemeten, het zegt niets over het gedrag dat ze in de toekomst zullen gaan uitvoeren. Voor de *intentie* is uitgegaan van de stelling: “Ik ben van plan om conform de KNMG meldcode te werken of te blijven werken”. Om de correlatie te berekenen van deze voorspellers met *intentie* is er per voorspeller de correlatie berekend met *intentie* met een significantieniveau van .05. Met behulp van de *Pearson* correlatiecoëfficiënt zijn de correlaties bepaald, hierbij is uitgegaan van een normale verdeling. Met de *Spearman* correlatiecoëfficiënt zijn de correlaties tussen soort praktijk/gemeente/dienstverband en *intentie* berekend, omdat deze variabelen een discreet ordinaal karakter hebben.

Multivariate analyse

Vervolgens is er een multivariate regressieanalyse uitgevoerd waarin de significante voorspellers uit de bivariate correlaties met het construct *intentie* zijn geanalyseerd. *Intentie* was hierbij de afhankelijke variabele. Tot slot zijn constructen met een significante regressie op het construct *intentie* opgesplitst in de verschillende items. Vervolgens is er per item een ANOVA berekend op een lage *intentie* (*zeker niet*, *waarschijnlijk niet* en *misschien niet/misschien wel*) en een hoge *intentie* (*waarschijnlijk wel* en *zeker wel*).

Resultaten

Beschrijving van respondenten

De steekproef bestaat uit 43 huisartsen werkzaam in Twente. Het gemiddelde en de standaarddeviatie van de leeftijd, aantal fte werkzaam en de werkervaring van de deelnemende huisartsen staan weergegeven in het bovenste gedeelte van onderstaande tabel (tabel 3). In het onderste gedeelte van de tabel zijn de percentages te zien van geslacht, soort praktijk, soort dienstverband en gemeente van de huisartsen.

Tabel 3. *Gemiddelde (M), Standaarddeviatie (SD) en Percentage van Leeftijd, Hoeveelheid Fte, Werkervaring, Geslacht, Soort Praktijk, Soort Dienstverband en Gemeente (n=43)*

Beschrijvende factoren van de deelnemende huisartsen		M	SD
Leeftijd		46.58	9.87
Fte werkzaam		0.75	0.23
Werkervaring (aantal jaren)		15.30	9.73
		Percentage (%)	
Geslacht	Vrouwelijk		46.5
	Mannelijk		53.5
Soort praktijk	Groepspraktijk of duopraktijk		69.8
	Solopraktijk		27.9
Dienstverband	Eigen praktijk en/of zelfstandig gevestigde HA		67.4
	In loondienst verband, HIDHA en/of waarnemer		32.6
Gemeente	Almelo		7.0
	Dinkelland		4.7
	Enschede		39.5
	Hof van Twente		2.3
	Hellendoorn		4.7
	Hengelo		16.3
	Losser		2.3

Oldenzaal	7.0
Rijssen	4.7
Tubbergen	2.3
Twenterand	7.0
Wierden	2.3

De huisartsen uit de Huisartsenkring Twente zijn afkomstig uit totaal veertien verschillende gemeentes. De respondenten uit dit onderzoek komen uit twaalf verschillende gemeentes, zie bovenstaande tabel. Het valt op dat het aantal huisartsen afkomstig uit de gemeente Enschede evenredig hoger is dan uit de andere gemeentes (39.5%).

Meldcode gerelateerde gegevens

In het onderzoek is ook gevraagd naar meldcode gerelateerd gebruik. Er is gevraagd naar het aantal vermoedens van huiselijk geweld, aantal keer de KNMG meldcode gebruikt, aantal directe meldingen van huiselijk geweld en of er nascholing is gevolgd de afgelopen twee jaar door de huisarts. In onderstaande tabel (tabel 4) zijn daarvan de resultaten weergegeven. Per onderdeel is het gemiddelde en standaarddeviatie of het percentage te zien.

Tabel 4. *Meldcode Gerelateerde Metingen: Gemiddelde, Standaarddeviatie en Percentage van Aantal Vermoedens, Aantal Keer KNMG Meldcode Gebruikt, Aantal Directe Meldingen en Nascholing (n=43)*

Meldcode gerelateerde factoren	M	SD	Percentage (%)
Aantal vermoedens van huiselijk geweld (afgelopen twaalf maanden)	2.42	2.35	
Aantal keer KNMG meldcode gebruikt (afgelopen twaalf maanden)	0.68	0.88	
Aantal directe meldingen van huiselijk geweld (afgelopen twaalf maanden)	0.19	0.39	
Aantal directe meldingen	0		81.4
Aantal directe meldingen	1		18.6
(Na)scholing gevolgd (afgelopen twee jaar, waar de KNMG meldcode, of delen hiervan, aan de orde kwamen)	Ja		86.0
	Nee		9.3

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er gemiddeld 0.19 (SD=0.39) directe meldingen gedaan zijn afgelopen twaalf maanden, dit betekent dat acht van de 43 huisartsen de afgelopen twaalf

maanden één directe melding heeft gedaan. Daarnaast valt op dat er gemiddeld 2.42 vermoedens zijn geweest van huiselijk geweld en gemiddeld 0.68 keer de meldcode is gebruikt de afgelopen twaalf maanden. De huisarts gebruikt dus gemiddeld niet bij elk vermoeden de meldcode. In totaal hebben 86% nascholing gevolgd.

Vervolgens is gekeken naar *gedrag*. Met *gedrag* wordt het werken conform de KNMG meldcode bedoeld. Hierbij is gekeken in hoeverre de huisartsen (n=43) de verschillende stappen uit de meldcode ook daadwerkelijk uitvoeren/volgen. De huisarts had hierbij per stap de keuze uit: 1) geen enkel geval, 2) sommige gevallen, 3) bijna alle gevallen en 4) alle gevallen. Het gemiddelde in de tabel is gebaseerd op deze cijfers. In onderstaande tabel staat een overzicht van het gemiddelde en de standaarddeviatie per stap.

Tabel 5. *Het gemiddelde (M) en de standaarddeviatie (SD) van de frequentie van het gebruik van de stappen van de KNMG Meldcode zoals door huisartsen gerapporteerd (n=43)*

Stap KNMG Meldcode	M	SD
Verzamelen van aanwijzingen	2.95	1.00
Vastleggen van aanwijzingen in het dossier	3.44	0.73
Advies vragen bij het AMK in gevallen van vermoeden van kindermishandeling	2.53	0.77
Advies vragen bij het SHG in gevallen van vermoeden van huiselijk geweld	1.86	0.89
Advies vragen aan collega's	2.74	0.93
In gesprek gaan met de betrokkenen of ouders van de betrokkene	2.67	0.81
Informatie opvragen bij professionals van andere organisaties die ook betrokken zijn bij het gezin/de betrokkene	2.16	0.75
Monitoren van de mishandeling of het geweld (nog niet melden, maar inspanssen om noodzakelijke hulp te verlenen of elders in gang te zetten)	2.77	0.92
Melden van het geweld bij het AMK	2.30	0.99
Melden van het geweld bij het SHG	1.77	0.97
	M	SD
Gemiddelde score op alle tien de stappen van de meldcode (werken conform de KNMG meldcode)	2.52	0.57

Uit de resultaten in tabel 5 blijkt dat huisartsen de stap “Het vastleggen van aanwijzingen in het dossier” gemiddeld in de meeste gevallen uitvoeren (M=3.44). Dit wordt een verplichte stap, dus nog niet elke huisarts komt die verplichte stap na. Daarnaast valt op dat Advies vragen bij het AMK (M=2.53) relatief in meer gevallen wordt uitgevoerd dan Advies vragen bij het SHG (M=1.86). Dit verschil is ook te zien bij het melden bij het AMK en het SHG. Over het algemeen wordt er dus ook lang niet in elk geval een melding gedaan, terwijl dit voor de meldcode wel een verplichte stap wordt. De stap “Informatie opvragen bij professionals van andere organisaties die ook betrokken zijn bij het gezin/de betrokkene” blijkt daarnaast relatief laag te zijn (M=2.16). Ook het verzamelen van aanwijzingen is onder de norm, aangezien de verwachting is dat de huisartsen dat in alle gevallen zouden doen.

Bivariate analyse

Volgens de theorie van gepland gedrag voorspellen de constructen *subjectieve norm*, *zelfeffectiviteit* en *attitude* het construct *intentie*. Om te kunnen achterhalen in hoeverre de andere constructen de intentie voorspellen is er een *Spearman* correlatie uitgevoerd over de constructen geslacht, leeftijd, aantal fte, soort praktijk, soort dienstverband en nascholing met *intentie*. Aangezien het construct *intentie* een te lage interne consistentie heeft (<0.6, zie tabel 2), is bij *intentie* uit gegaan van de stelling: “Ik ben van plan conform de KNMG-meldcode te werken of te blijven werken”. In onderstaande tabel zijn de resultaten te zien van de *Spearman* correlatie van dit item met de andere voorspellers.

Tabel 6. *Spearman* Correlatie van het Construct *Intentie* met geslacht, aantal fte, soort praktijk, soort dienstverband en nascholing (n=43)

		Spearman Correlatie	Significantieniveau
Geslacht	1=Vrouwelijk	-.12	.458
	2= Mannelijk		
Aantal fte	0-1	-.16	.336
Soort praktijk	1=Groeps/duopraktijk	.02	.884
	2=Solopraktijk		
Soort dienstverband	1=Eigen praktijk	-.06	.730
	2=In loondienst, HIDHA of waarnemer		
Nascholing	1=Ja	.12	.455
	2=Nee		

Uit de tabel blijkt dat er geen significante correlatie is tussen het construct intentie met één van de andere voorspellers. Deze voorspellers zullen dan ook niet gebruikt worden bij de regressieanalyse. Het valt op dat nascholing ook geen significant verband laat zien, terwijl dat wel te verwachten viel naar aanleiding van de literatuur.

Voor de voorspellers leeftijd, werkervaring, aantal vermoedens, aantal directe meldingen, aantal keer meldcode gebruikt, waargenomen kennis, bruikbaarheid, persoonlijk voor- en nadeel, gedrag, sociale steun, samenwerking, zelfeffectiviteit, medewerking/tevredenheid patiënt, attitude en descriptieve norm is een *Pearson* correlatie berekend. Zie hiervoor de volgende tabel (tabel 7). Hierbij is uitgegaan van een normale verdeling en daarom ook een parametrische toets gebruikt.

Tabel 7. *Pearson* Correlatie met het Theoretisch Construct Intentie (n=43)

	Pearson Correlatie	Significantieniveau
Leeftijd	-.01	.954
Werkervaring	-.03	.865
Aantal vermoedens	-.23	.145
Aantal directe meldingen	.23	.146
Aantal keer meldcode gebruikt	.08	.625
Waargenomen kennis	.38*	.016
Bruikbaarheid	.46**	.003
Persoonlijk voor- en nadeel	.60***	.000
Gedrag	.26	.102
Sociale steun	.23	.152
Samenwerking	-.16	.352
Zelfeffectiviteit	.38*	.020
Medewerking/tevredenheid patiënt	.55***	.000
Attitude (n=21)	.61**	.003
Descriptieve norm	.28	.086

*** = $p < 0.001$

** = $p < 0.01$

* = $p < 0.05$

Uit de tabel komt naar voren dat de *waargenomen kennis, bruikbaarheid, persoonlijk voor- en nadeel, zelfeffectiviteit, medewerking/tevredenheid patiënt* en *attitude* een significante

correlatie hebben ($p < 0.05$) met de *intentie*. De significante constructen hebben allemaal een positieve correlatie met *intentie* (.38, .46, .60, .38, .55, .61), dit zou betekenen dat als de voorspeller hoger wordt, de intentie om met de KNMG meldcode te werken of te blijven werken ook hoger wordt. De constructen *persoonlijk voor- en nadeel* en *medewerking/tevredenheid patiënt* laten de sterkste correlatie zien (.60 en .55). De constructen *bruikbaarheid* en *attitude* hebben een significantie van $p < 0.01$ en *waargenomen kennis* en *zelfeffectiviteit* een significantie van $p < 0.05$.

Uit de tabel komt naar voren dat eerdere aanmerking met huiselijk geweld, de meldcode of vermoedens van huiselijk geweld geen verband zijn om vervolgens met de meldcode te gaan werken. Daarnaast is de cluster van samenwerking, sociale steun en descriptieve norm ook niet van invloed. Hieruit valt op te maken dat de intentie ook niet bepaald wordt door anderen in de omgeving. Ook het construct gedrag blijkt niet significant, wat niet in lijn der verwachtingen lag. De constructen die wel significant zijn lijken op de huisarts zelf betrekking te hebben, zoals zelfeffectiviteit en persoonlijk voor- en nadeel.

De *Pearson* correlatie gaat uit van een normale verdeling, het is een parametrische toets. Om de significantie met zekerheid te kunnen vaststellen is ook een *Spearman* correlatie berekend, dit is een nonparametrische toets, die niet uit gaat van een normale verdeling. Uit de *Spearman* correlatie blijkt dat het construct *sociale steun* ook een significante correlatie heeft met het construct *intentie* (3.17, $p < 0.05$). Uit de *Spearman* correlatie met de andere voorspellende constructen met *intentie* zijn geen verschillen in significantie gevonden.

Multivariate analyse

Vervolgens is er een multivariate analyse toegepast op het construct *intentie*. De voorspellers die bij de bivariate analyse significant correleerden met *intentie* zijn voor deze regressieanalyse gebruikt. Aangezien het construct attitude door 21 huisartsen ingevuld is, leidt opname hiervan in het model tot een lage n ($n=21$). Om deze reden is een regressieanalyse uitgevoerd zonder het construct attitude. De resultaten zijn weergegeven in tabel 8.

Tabel 8. *Multivariate analyse met het theoretisch construct intentie en de voorspellers kennis, bruikbaarheid, persoonlijk voor- en nadeel, zelfeffectiviteit en medewerking/tevredenheid patiënt. (n=43)*

Voorspellers	β	p
Kennis	0.17	0.29
Bruikbaarheid	0.01	0.98
Persoonlijk voor- en nadeel	0.33*	0.07
Zelfeffectiviteit	0.13	0.35
Medewerking/tevredenheid patiënt	0.34**	0.04
$R^2=0.42$		
$F= 6.22***$		
$p= 0.00$		

* $p < 0.10$

** $p < 0.05$

*** $p < 0.001$

In de regressie-analyse zonder het construct attitude is er een variantie van 42% uitgekomen. Dit betekent dat de voorspellers redelijk goed de intentie van de huisarts verklaren. Ook blijkt het model significant te zijn ($p < 0.001$). De voorspellers *persoonlijk voor- en nadeel* en *medewerking/tevredenheid patiënt* zijn in dit model significant ($p < 0.10$).

Deze beide voorspellers zijn gebaseerd op een aantal items. Om een duidelijk beeld te krijgen welke items van de voorspellers de hoogste voorspellende waarde hebben met het construct intentie, zijn de constructen *persoonlijk voor- en nadeel* en *medewerking/tevredenheid patiënt* apart uiteen gezet. In de volgende tabel (tabel 9) staan de resultaten weergegeven voor *persoonlijk voor- en nadeel* aan de hand van een ANOVA. Het construct intentie is opgesplitst in een lage intentie (zeker niet, waarschijnlijk niet, misschien niet/misschien wel) en een hoge intentie (waarschijnlijk wel, zeker wel). In de tabel is het gemiddelde van het item op hoge en lage intentie te zien en de F-waarde. Bij het construct *persoonlijk voor- en nadeel* kon de huisarts kiezen van helemaal mee oneens tot helemaal mee eens.

Uit tabel 9 blijkt dat de volgende items significant zijn ($p < 0.05$):

- “Ik heb voldoende kennis over de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling”
- “Ik vind het tot mijn functie horen om de KNMG-meldcode te gebruiken”
- “Door de KNMG meldcode te gebruiken voel ik mij zekerder over de te nemen stappen bij het vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling”
- “Door de KNMG meldcode te gebruiken, sta ik juridisch sterk als een casus tot een rechtszaak komt”

Uit de tabel kan daarnaast ook opgemaakt worden dat het feit dat een huisarts bang zou zijn voor een agressieve reactie van de familie bij het gebruik van de meldcode geen invloed heeft op de intentie van de huisarts om conform de meldcode te werken. Daarnaast komt naar voren dat het opofferen van vrije tijd of het feit dat het onvoldoende vergoed zou worden ook geen rol spelen bij de intentie van de huisarts om met de meldcode te werken, wat overigens wel te verwachten viel.

Bij alle significantie items is de gemiddelde score van de groep met een hoge intentie ook hoger dan de groep met een lage intentie. Hieruit kan geconcludeerd worden dat iemand die hoog scoort op één van de significante items, ook hoger scoort op het construct intentie. Er is dus een positieve samenhang tussen deze significante items en het construct intentie.

Tabel 9. Gemiddelde (M) en Anova van huisartsen (HA) met een hoge intentie meldcode (MC) gebruik en HA met een lage intentie MC gebruik per item van het construct Persoonlijk Voor- en Nadeel

Item persoonlijk voor- en nadeel	HA met	HA met	F	p
	hoge intentie	lage intentie		
	MC gebruik	MC gebruik		
	(n=32)	(n=8)		
	M	M		
Voldoende kennis over de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.	3.38	2.63	4.66	.037
Ik vind het tot mijn functie horen om de KNMG-meldcode te gebruiken.	3.97	3.13	14.62	.000
Door de KNMG-meldcode te gebruiken voel ik mij zekerder over de nemen stappen bij een vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling.	3.63	2.75	12.41	.001
Door de KNMG-meldcode te gebruiken, sta ik juridisch sterk als een casus tot een rechtszaak komt.	3.63	3.00	7.69	.009
Ik ben soms bang voor een agressieve reactie van de familie als ik stappen van de de KNMG-meldcode volg.	2.31	2.63	.96	.333
Wanneer ik de stappen van de KNMG-meldcode volg kost het teveel (vrije) tijd.	2.72	2.38	1.18	.284
Wanneer ik de stappen van de KNMG-meldcode volg wordt dat onvoldoende vergoed.	2.34	2.75	1.62	.210

In onderstaande tabel (tabel 10) zijn de aparte items voor het construct *medewerking/tevredenheid patiënt* weergegeven. Alle items konden worden beantwoord door middel van een likertschaal van helemaal mee oneens(1) tot helemaal mee eens(5), hieruit is het gemiddelde voortgekomen. Hoge en lage intentie zijn net als bij *persoonlijk voor- en nadeel* ingedeeld.

Tabel 10. Gemiddelde (M) en Anova van huisartsen (HA) met een hoge intentie meldcode (MC) gebruik en HA met een lage intentie MC gebruik per item van het construct medewerking/tevredenheid patiënt

Item medewerking/tevredenheid patiënt	HA met	HA met	F	p
	hoge intentie	lage intentie		
	MC gebruik	MC gebruik		
	(n=32)	(n=8)		
	M	M		
Ik verwacht dat mijn patiënten het zullen accepteren als ik de KNMG-meldcode gebruik bij het vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling	3.38	2.63	4.35	.044
Ik verwacht dat mijn patiënten de waarheid zullen vertellen wanneer ik het vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling bespreekbaar maak.	2.79	2.25	3.98	.054
Ik verwacht dat met het gebruik van de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling eerder kunnen worden voorkomen of gestopt, dan zonder het gebruik.	3.62	2.75	11.61	.002

Uit bovenstaande tabel blijkt dat het item: “Ik verwacht dat met het gebruik van de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling eerder kunnen worden voorkomen of gestopt, dan zonder het gebruik” een goede voorspeller is van intentie ($p < 0.01$). Het gemiddelde van de groep met een hoge intentie is hoger ($M = 3.63$) dan voor de groep met een lage intentie ($M = 2.75$). Hiermee kan aangenomen worden dat de groep die verwacht dat met het gebruik van de KNMG meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling eerder kunnen worden voorkomen of gestopt, dan zonder het gebruik, ook een hogere intentie zullen hebben om conform de KNMG meldcode te werken of te blijven werken. Het item: “Ik verwacht dat mijn patiënten het zullen accepteren als ik de KNMG-meldcode gebruik bij het vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling” blijkt ook significant te zijn ($p < 0.05$). Dit zou betekenen dat als huisartsen verwachten dat hun patiënten het zullen accepteren als zij de KNMG meldcode gebruiken bij een vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling, hun intentie om met de KNMG meldcode te werken ook hoger zal zijn.

Daarnaast valt op dat het voor huisartsen dus geen invloed heeft of ze verwachten dat de patiënten de waarheid zullen vertellen. Het is voor de huisartsen geen reden om niet volgens de meldcode te werken.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om te onderzoeken wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn voor huisartsen om verplicht te werken conform de KNMG meldcode kindermishandeling en volwassengeweld. Er is daarvoor een vragenlijst afgenomen bij de Huisartsenkring Twente. In totaal hebben 43 huisartsen deelgenomen aan het onderzoek.

Algemene conclusie

Er zijn zes voorspellende factoren uit dit onderzoek naar voren gekomen die de intentie van huisartsen op een positieve manier beïnvloeden:

- Zelfeffectiviteitsaspect: verwachten voldoende kennis van de meldcode te hebben.
- Taakopvatting: vinden dat het de taak is van de huisarts om met de meldcode te werken.
- Zekerheid: grotere zekerheid die een huisarts ervaart door het werken conform de meldcode.
- Zekerheid: de zekerheid om juridisch sterk te staan als een casus tot een rechtszaak komt.
- Acceptatie van patiënten: verwachting dat patiënten het zullen accepteren als er volgens de meldcode wordt gewerkt.
- Verwachte effectiviteit: van handelen conform de meldcode.

Dit betekent dat als een huisarts bijvoorbeeld voldoende kennis over de meldcode heeft of weet dat hij/zij juridisch sterk staat als een casus tot een rechtszaak komt er een hogere intentie van de huisarts zal zijn om volgens de KNMG meldcode te werken.

Conclusie huidig functioneren conform de KNMG meldcode

Er is gevraagd naar het huidige werken van huisartsen conform de verschillende stappen van de meldcode. Uit de resultaten van het werken volgens de meldcode blijkt dat huisartsen in bijna alle gevallen aanwijzingen vastleggen in het dossier (stap één van de meldcode). Uit de literatuur blijkt dat 53% van de professionals in de gezondheidszorg in het algemeen aanwijzingen van kindermishandeling schriftelijk vastlegt. Hoewel een directe vergelijking op dit punt door verschillen in de wijze van meten niet mogelijk is, lijkt dit erop te wijzen dat huisartsen frequenter deze stap uit de meldcode volgen dan andere professionals. Daarnaast valt duidelijk op dat huisartsen vaker advies vragen bij het AMK dan bij het SHG. Dit komt ook naar voren bij het doen van een melding: melden bij het AMK doet de huisarts gemiddeld in meer gevallen (uit eerder onderzoek 41% van de gevallen in gehele gezondheidszorg

(Doeven, 2008)), dan melden bij het SHG. Dit zou kunnen komen doordat er meer vermoedens zijn van kindermishandeling, dan van huiselijk geweld of omdat het AMK misschien bekender is. Hier zou meer onderzoek naar gedaan moeten worden om de precieze factoren die hieraan ten grondslag liggen te achterhalen.

Daarnaast is stap twee: 'advies vragen bij het AMK en eventueel een collega' officieel een verplichte stap in de meldcode. Het gedeelte 'eventueel een collega' kan echter niet als verplicht gezien worden. Hierdoor kan het zijn dat bij deze stap geen 100% score behaald kan worden als de huisarts niet een collega om advies vraagt en daardoor ook niet de maximale score in kan vullen. Hierdoor kunnen de resultaten wat positiever of negatiever uitvallen zijn. In de vragen naar het huidige functioneren van de huisartsen conform de KNMG meldcode werd een vierpunts-Likertschaal als antwoordoptie gegeven. Dit kan als gevolg hebben dat de antwoorden vaker neigen naar 'soms' dan naar 'bijna altijd'. Er geldt hier echter wel dat de gemiddelde score op de stappen vergeleken kan worden met de gemiddelde score van de andere stappen en dat score van een huisarts die de meldcode veel gebruikt ook zeker hoger uit zal vallen, dan een huisarts die dat minder doet. De bruikbaarheid van de gegevens van het huidige functioneren van huisartsen is dus niet in gevaar gekomen.

Conclusie beschrijvende en meldcode gerelateerde factoren

Daarnaast zegt 86% van de huisartsen (na)scholing te hebben gevolgd, uit eerder onderzoek van Doeven (2008) blijkt dit 53% te zijn. Dit verschil zou kunnen komen doordat er de afgelopen jaren meer aandacht is geweest voor nascholing. Onder andere de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft een online nascholingsprogramma ontwikkeld (lhv.artsennet.nl/Actueel, z.j.).

De huisartsen in dit onderzoek gebruiken de meldcode gemiddeld 0.68 keer per jaar. Uit eerder onderzoek in de gezondheidszorg in het algemeen blijkt dit 4.1 keer te zijn (Doeven, 2008). Dit kan verschillende verklaringen hebben. Zo kan het zijn dat huisartsen over het algemeen minder gevallen van huiselijk geweld zien of opmerken of dat de huisarts sowieso huiselijk geweld minder vaak tegen komt dan andere zorgprofessionals. Het kan ook zijn dat huisartsen niet de meldcode gebruiken, maar op hun eigen manier omgaan met vermoedens van huiselijk geweld.

Of huisartsen een positieve intentie hebben om met de meldcode te werken lijkt niet voorspelt te worden door het geslacht, de leeftijd, het aantal fte, soort praktijk, soort dienstverband, nascholing of meldcode gerelateerde gegevens (blijkend uit de door hen gerapporteerde gegevens). Terwijl toch te verwachten valt dat huisartsen met een langere werkervaring meer volgens hun eigen patroon willen blijven werken. En uit de theorie blijkt ook dat huisartsen die vaker nascholing hebben gevolgd ook vaker volgens de meldcode werken (Doeven, 2008).

Conclusie bivariate en multivariate analyse

Uit de *Pearson correlatie* blijkt echter wel dat de waargenomen kennis, de bruikbaarheid, het persoonlijke- voor en nadeel, de zelfeffectiviteit, de medewerking/tevredenheid van de patiënt en de attitude een positief significant verband hebben met de intentie. Hieruit blijkt dat als bovenstaande constructen hoger zouden worden, de intentie om conform de KNMG meldcode ook hoger zou worden. Tussen de voorspellers gedrag, sociale steun, samenwerking en descriptieve norm blijkt geen significant verband te zijn met de intentie. Hoewel er volgens de theorie van gepland gedrag wel een verband te verwachten viel tussen gedrag en intentie. Vervolgens bleek uit de regressie-analyse dat het construct *medewerking/tevredenheid van de patiënt* ($p < .05$) en het construct *persoonlijk voor- en nadeel* ($p < .10$) van grote invloed zijn op de intentie. Omdat deze constructen een belangrijke rol spelen bij het verklaren van de intentie om met de meldcode te werken, zijn ook analyses uitgevoerd met de aparte items waaruit deze constructen zijn opgebouwd. Hieruit blijkt dat de kennis die een huisarts heeft over de meldcode en het vinden dat het tot de functie behoort om volgens de meldcode te werken, de intentie positief beïnvloeden. Ook lijkt de zekerheid die een huisarts ervaart tegenover de meldcode en het gevoel juridisch sterk te staan als een casus tot een rechtszaak komt, van groot belang. De acceptatie van patiënten om volgens de KNMG meldcode te werken en de verwachting van huisartsen dat huiselijk geweld eerder kan worden gestopt met de meldcode, dan zonder het gebruik, zijn ook van positieve invloed op de intentie.

Resultaten uit eerder onderzoek

Uit eerder onderzoek van Walker, Grimshaw & Armstrong (2001) blijkt dat de attitude en de vermeende controle van het gedrag (zelfeffectiviteit) belangrijke voorspellers zijn voor de intentie van huisartsen om antibiotica voor te schrijven voor patiënten met een zere keel, ook al bleek antibiotica niet effectief (correlatie 0.69). Uit de resultaten in dit onderzoek blijkt dat *zelfeffectiviteit* (correlatie 0.38) en *attitude* ($n=21$, correlatie 0.61) ook significant samenhangen met het construct intentie. Alleen bij de regressieanalyse blijkt dit niet meer van toepassing.

Uit een ander onderzoek van Hrisos et al. (2009) blijkt dat attitude en subjectieve norm belangrijke voorspellers zijn van de intentie om patiënten met diabetes hun voeten te inspecteren en statines voor te schrijven. Subjectieve norm komt in dit onderzoek niet naar voren als voorspeller. Daarnaast toont een ander onderzoek (Huis et al., 2013) aan dat de determinanten *kennis, bewustwording, action control, facilitation of behaviour, sociale invloed, attitude, zelfeffectiviteit* en *intentie* worden gezien als factoren om de handhygiëne te verhogen. Het item: “Ik heb voldoende kennis over de KNMG meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling” blijkt inderdaad een voorspellende waarde te hebben in dit onderzoek en

ook het construct *Waargenomen kennis* blijkt een significante correlatie te hebben met de intentie (correlatie 0.38). Deze is echter bij de regressieanalyse niet meer van toepassing. Het komt erop neer dat er een aantal overeenkomsten zijn gevonden tussen de resultaten van dit onderzoek en de resultaten uit eerder onderzoek naar zorginnovaties. Het is echter lastig om een vergelijking te maken, aangezien de onderzoeken gaan over verschillende zorginnovaties. Wel kan gesteld worden dat de factoren die volgens de theorie van gepland gedrag de intentie voorspellen, wel allemaal terugkomen in één van de onderzoeken. In dit onderzoek komt de zelfeffectiviteit voornamelijk naar voren.

Sterke en zwakke punten van de onderzoeksopzet

In het gehele proces van het onderzoek zijn een aantal sterke en zwakke punten te noemen.

Door de zwakke punten zouden de resultaten minder representatief kunnen zijn.

Aan het einde van de vragenlijst hadden de huisartsen de mogelijkheid om vragen of opmerkingen neer te zetten. Daaruit is onder andere naar voren gekomen dat er bij de vragen te weinig de mogelijkheid was om 'niet van toepassing' in te vullen. Bijvoorbeeld als een huisarts nog nooit een melding heeft gedaan bij het AMK, dan heeft de huisarts geen mogelijkheid om dat te vermelden. Hierdoor zouden sommige respondenten de vragenlijst te positief of te negatief ingevuld kunnen hebben.

Daarnaast is het aantal respondenten dat de vragenlijst heeft ingevuld tegengevallen. In totaal hebben 43 huisartsen de vragenlijst ingevuld, waarvan 22 huisartsen geen attitude hebben ingevuld wegens een technische fout in de vragenlijst. Hierdoor konden ook geen specifiekere analyses uitgevoerd worden. Toch is de verwachting dat de lage participatie geen invloed heeft gehad op de generaliseerbaarheid van de resultaten. De steekproef komt namelijk in verhouding goed overeen met de huisartsen die aangesloten zijn bij de huisartsenkring, dit is terug te zien in deelnemende gemeentes en het soort dienstverband. De resultaten uit dit onderzoek kunnen ook zeker gebruikt worden voor verder onderzoek.

Aanbevelingen

Vanuit dit onderzoek zijn een aantal aanbevelingen naar voren gekomen voor vervolg onderzoek.

Uit de resultaten is gebleken dat er een groot verschil is in gebruik van het AMK en het SHG door de huisartsen (zowel advies vragen als melden). Het is daarom zinvol om verder onderzoek te doen naar dit verschil en de oorzaak hiervan te achterhalen. Er zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden of er andere determinanten ten grondslag liggen voor het werken naar de meldcode voor kindermishandeling en de meldcode voor volwassengeweld.

Daarnaast blijkt dat de verwachting om voldoende kennis over de KNMG meldcode te hebben, de intentie om met de meldcode te werken vergroot. Het is dus belangrijk dat elke huisarts ervan overtuigd wordt dat hij/zij over voldoende kennis beschikt (aannemende dat zij voldoende weten).

Uit de resultaten blijkt dat als huisartsen weten dat het tot hun functie behoort om met de meldcode te werken, zij de intentie hebben om ook eerder met de meldcode te werken. Het is belangrijk dat er onderzoek gedaan wordt naar dit punt. In hoeverre het werken volgens de meldcode ook daadwerkelijk tot de functie van de huisarts behoort.

Daarnaast moet de mate van zekerheid die een huisarts ervaart worden vergroot door het werken volgens de stappen van de KNMG meldcode. De zekerheid kan worden vergroot doordat de huisarts bijvoorbeeld ziet dat zijn/haar collega huisarts ook volgens de code werkt en dit een positieve uitkomst geeft.

Er zal meer onderzoek gedaan worden naar het gebied waarin huiselijk geweld kan leiden tot een rechtszaak. Het is belangrijk voor huisartsen om te weten in hoeverre zij juridisch sterk staan als een casus tot een rechtszaak komt.

Daarnaast moeten patiënten zelf ook actief op de hoogte gebracht worden van het bestaan van de verplichte KNMG meldcode. Dit kan bijvoorbeeld door een brochure of reclame. Zo zal de acceptatie onder de patiënten verhogen. Het blijkt namelijk dat als huisartsen verwachten dat patiënten het zullen accepteren als er volgens de KNMG meldcode gewerkt wordt, de intentie om ermee te werken als huisarts ook verhoogd wordt.

Door goede scholing te geven over het effect van de KNMG meldcode (betere uitkomsten dan zonder het gebruik) kan de verwachting van huisartsen dat door het gebruik van de KNMG meldcode huiselijk geweld eerder kan worden voorkomen of gestopt worden verhoogd. Vraag is alleen of hier mogelijkheden voor zijn.

Referenties

- Ajzen, I., (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, 179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Alink, L., Van Ijzendoorn, R., Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T., Euser, S., (2011). Kindermishandeling in Nederland Anno 2010. De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen. *Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport*.
- Boerdam, A., (Eindredactie). (2010). Landelijke jeugdmonitor. Trendrapport 2010. Den Haag/Heerlen: Centraal bureau voor de Statistiek
- Dijk, T. van., Veen, M., & Cox, E. (2010) Slachtofferschap van huiselijk geweld: aard, omvang, omstandigheden en hulpzoekgedrag. Hilversum: Intomart.
- Doeven, I., (2008). Meldcodes kindermishandeling. Beschikking, waardering, gebruik en scholing. *Veldkamp*
- Fleuren, M.A.H., Paulussen, T.G.W.M., Dommelen, P. van, Buuren, S. van., (2012). Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI). *TNO*
- Fleuren, M., Wiefferink K., Paulussen, T., (2004). Determinants of innovation within health care organizations. *International Journal for Quality in Health Care*. Volume 16, Number 2: pp. 107-123.
- Grol, R., Wensing, M., (2011). Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. *Reed Business bv, Amsterdam*
- Hrisos, S., Eccles, M.P., Francis, J.J., Bosch, M., Dijkstra, R., Johnston, M., Grol, R., Kaner, E.F.S., Steen, I.N., (2009). Using psychological theory to understand the clinical management of type 2 diabetes in Primary Care: a comparison across two European countries. *BMC Health Services Research*. doi: 10.1186/1472-6963-9-140
- Huis, A., Achterberg, T., van, Bruin, M., de, Grol, R., Schoonhoven, L., & Hulscher, M., (2013). A systematic review of hand hygiene improvement strategies: a behavioral

approach. *Implementation Science* 8:41. doi: 10.1186/1748-5908-8-41

Inspectie voor de gezondheidszorg *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, (2012). Signalering van kindermishandeling op de huisartsenposten is verbeterd, maar nog niet voldoende. Vervolgonderzoek naar de signalering van kindermishandeling op huisartsenposten. Utrecht.

Kassin, S., Fein, S., & Markus, H.R., (2011). *Social Psychology*. Wadsworth, Cengage Learning, 211-213

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2012). Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Movisie: Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling. (2011). Factsheet Huiselijk geweld:aard en omvang, gevolgen, hulpverlening en aanpak.

Rogers, E.M., (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addictive Behaviors*, 27: 989-993

Smolders, M., Laurant, M., Van Wamel, A., Grol, R., Wensing, R., (2006). What determines the management of anxiety disorders and its improvement? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.1356-1294. doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00845.x

Tweede Kamer. 28345, nr. 110. (2010-2011). Brief van de minister van Veiligheid en Justitie.

Veen, van der, H.C.J., & Bogaerts, S. (2010). Huiselijk geweld in Nederland: overkoepelend synthese rapport van het vangst-hervangst, slachtoffer- en daderonderzoek 2007 - 2010. Den Haag, WODC.

Visee, H.C., & Homurg, G.H.J. (2010). Verzuimkosten werkgevers ten gevolge van huiselijk geweld.Eindrapport. Amsterdam: Regioplan.

Walker, A.E., Grimshaw, J.M., & Armstrong, E.M. (2001). Salient beliefs and intentions to prescribe antibiotics for patients with a sore throat. *British Journal of Health Psychology*. 347-360. doi: 10.1348/135910701169250

Wet op de Jeugdzorg, geraadpleegd op 27 februari 2013, via http://wetten.overheid.nl/BWBR0016637/HoofdstukI/Artikel1/geldigheidsdatum_27

02-2013

Informatie over het KNMG. (z.j.) Geraadpleegd op 15 mei 2013, via
[http://knmg.artsennet.nl/Over KNMG.htm](http://knmg.artsennet.nl/Over%20KNMG.htm)

Informatie over huiselijk geweld. (z.j.) Geraadpleegd op 15 mei 2013, via
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/wat-huiselijk-geweld-is>

Informatie over het Steunpunt Huiselijk geweld. (z.j.) Geraadpleegd op 13 juni 2013, via
<http://www.slachtofferwijzer.nl/organisaties/steunpunthuiselijkgeweld>

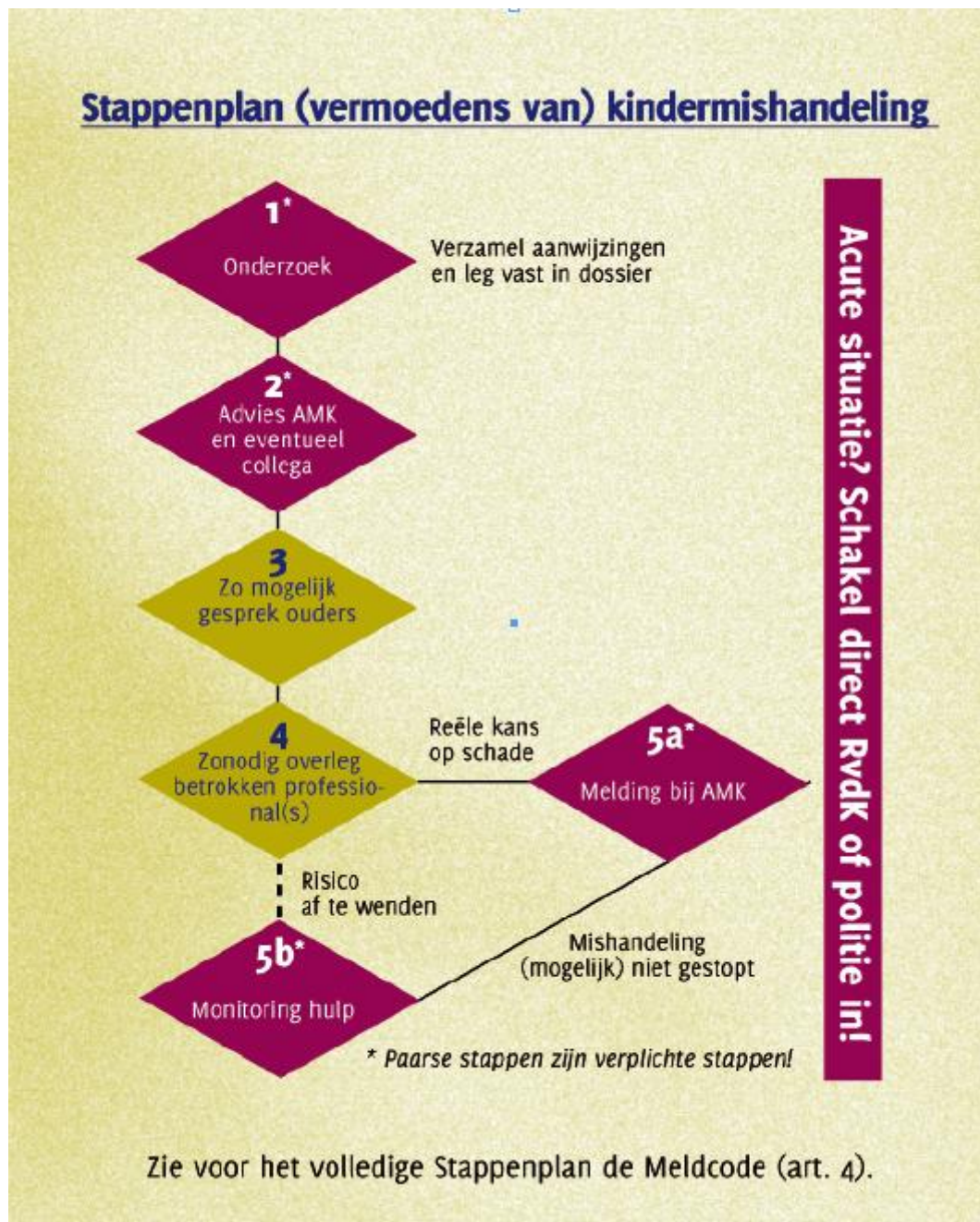
Informatie over het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (z.j.) Geraadpleegd op 13 juni 2013, via
<http://www.slachtofferwijzer.nl/organisaties/adviesenmeldpuntkindermishandeling>

Informatie over de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) (z.j.) Geraadpleegd op 13 juni 2013, via <http://lhv.artsennet.nl/Actueel.htm>

Informatie over huisartsenkring (z.j.) Geraadpleegd op 13 juni 2013, via
<http://lhv.artsennet.nl/twente.htm>.

Informatie over onderzoek van inspectie van de gezondheidszorg naar signalering van huiselijk geweld en kindermishandeling. Geraadpleegd op 13 juni 2013, via
<http://vhn.artsennet.nl/Artikel/Huisartsen-verbeteren-signalering-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld.htm>

Bijlage 1. KNMG Stappenplan (vermoedens van) kindermishandeling



Bijlage 2. KNMG Stappenplan Volwassenengeweld.

Stappenplan Volwassenengeweld

■ = verplichte stappen!



Acuut gevaar? Schakel eerst politie in! (Bel 112 (nood))

Bijlage 3. Wervende e-mailtekst

Beste (collega)huisarts in regio Twente,

Vanaf 1 juli 2013 zal het werken volgens de KNMG meldcode voor kindermishandeling en huiselijk geweld landelijk verplicht worden. Huisartsen kunnen echter knelpunten ervaren in de dagelijkse praktijk, waardoor niet altijd volgens de stappen van de meldcode wordt gewerkt. Om hier beter zicht op te krijgen, doet de Universiteit Twente onderzoek naar deze knelpunten. Met de uitkomsten kunnen we huisartsen beter ondersteunen bij de aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld. Graag vragen we uw medewerking aan dit onderzoek.

Dit onderzoek is een gezamenlijk initiatief van de Politie Regio Twente, Gemeente Enschede, Mediant en de Universiteit Twente. De Huisartsenkring Twente steunt dit onderzoek en daarom vragen we uw medewerking.

Wat vragen wij van u?

Wij vragen u de online vragenlijst in te vullen. Het invullen duurt 10-15 minuten. U kunt dit doen via de volgende link: <https://surveys-igs.utwente.nl/index.php?sid=34147&lang=nl>

Geheel anoniem

Dit onderzoek is geheel anoniem. De gegevens worden strikt vertrouwelijk door de onderzoekers van de Universiteit Twente verwerkt en bewaard.

Belangrijk!

Wanneer u de KNMG Meldcode niet of in beperkte mate kent, vragen wij u toch de vragenlijst in te vullen. Vul deze vragen dan in naar uw verwachting over de KNMG Meldcode. Daar waar u vragen kunt overslaan, gebeurt dit automatisch.

Hoe wordt u geïnformeerd over de resultaten?

Een factsheet met de belangrijkste uitkomsten zal door de Huisartsenkring Twente worden verspreid, naar verwachting in juli dit jaar. Het volledige onderzoeksrapport zal ook bij de Twentse Huisartsenkring te bestellen zijn, zodra de factsheet is gepubliceerd.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Peter Marinus, huisarts en voorzitter van de Kwaliteitscommissie van de LHV Huisartsenkring Twente.

Bijlage 4. Vragenlijst knelpunten KNMG meldcode huisartsen

Waarom dit onderzoek?

Dit onderzoek gaat over de KNMG-meldcode voor kindermishandeling en volwassengeweld. Deze is afgeleid van de wet Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling. De overheid stelt vanaf 1 juli 2013 het handelen volgens de Meldcode landelijk verplicht. Huisartsen kunnen echter knelpunten ervaren in de dagelijkse praktijk, waardoor niet altijd volgens de stappen van de Meldcode wordt gewerkt. Met dit onderzoek willen we hier beter zicht op krijgen.

Volledig anoniem

Dit onderzoek is geheel anoniem. De gegevens worden strikt vertrouwelijk door de onderzoekers van de Universiteit Twente verwerkt en bewaard.

Belangrijk!

Wanneer u de Meldcode niet of in beperkte mate kent, vragen wij u toch de vragenlijst in te vullen. Vul deze vragen dan in naar uw verwachting over de KNMG-meldcode. Daar waar u vragen kunt overslaan, gebeurt dit automatisch.

Hoe wordt u geïnformeerd over de resultaten?

Een factsheet met de belangrijkste uitkomsten zal door de Huisartsenkring Twente worden verspreid, naar verwachting in juli dit jaar. Het volledige onderzoeksrapport zal ook bij de Twentse Huisartsenkring te bestellen zijn, zodra de factsheet is gepubliceerd.

Er zijn 25 vragen in deze enquête

Algemene gegevens

Geslacht:

- Vrouwelijk
- Mannelijk

Leeftijd:

... jaar

In welke gemeente bent u werkzaam als huisarts (als u op meer locaties werkt, kies dan de locatie waar u de meeste uren werkzaam bent)? *

Vul uw antwoord hier in:

Hoeveel fte bent u op dit moment als huisarts werkzaam (we bedoelen hier alleen de directe patiëntenzorg en aanverwante praktijkwerkzaamheden en dus geen nevenfuncties)? *

Vul uw antwoord hier in:

Bent u momenteel werkzaam in een ... (vul in wat het meest overeenkomt met uw huidige situatie)

Selecteer alles wat voldoet

- Groepspraktijk
- Duopraktijk
- Solopraktijk
- Anders:

6

In welk verband bent u momenteel werkzaam als huisarts? (vul in wat het meest overeenkomt met uw huidige situatie) *

Selecteer alles wat voldoet

- Eigen praktijk en/of zelfstandig gevestigde HA
- In loondienst verband
- HIDHA en/of waarnemer
- Anders:

7 Hoeveel jaar werkt u als huisarts? *

Vul uw antwoord hier in:

8 Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden een vermoeden gehad van huiselijk geweld? Als u dat niet precies weet, probeert u het dan zo goed mogelijk te schatten.

Vul uw antwoord hier in:

9 Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden direct een melding gedaan bij de politie of de Raad voor de Kinderbescherming, omdat er sprake was van acuut gevaar?

Vul uw antwoord hier in:

De volgende vragen gaan over de stappen zoals die in de KNMG-meldcode chronologisch staan beschreven.

10 In hoeverre verricht u de volgende activiteiten als u een aanhoudend vermoeden heeft van huiselijk geweld of kindermishandeling? Een acute melding valt hier buiten. *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

Geen enkel geval	Sommige gevallen	Bijna alle gevallen	Alle gevallen
------------------	------------------	---------------------	---------------

	Geen enkel geval	Sommige gevallen	Bijna alle gevallen	Alle gevallen
Verzamelen van aanwijzingen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het vastleggen van aanwijzingen in het dossier.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Advies vragen bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) in gevallen van vermoeden van kindermishandeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Advies vragen bij het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) in gevallen van vermoeden van huiselijk geweld.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Advies vragen aan collega's.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In gesprek gaan met de betrokkenen of ouders van de betrokkene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informatie opvragen bij professionals van andere organisaties die ook betrokken zijn bij het gezin/de betrokkene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitoren van de mishandeling of het geweld.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melden van het geweld bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melden van het geweld bij het Steunpunt Huiselijk Geweld.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11 Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden de procedure uit de KNMG-meldcode met betrekking tot huiselijk geweld en kindermishandeling (gedeeltelijk) gevolgd? Als u dat niet precies weet, probeert u het dan zo goed mogelijk te schatten. *

Vul uw antwoord hier in:

12 Heeft u in de afgelopen 2 jaar (na)scholing gevolgd waar de KNMG-meldcode, of delen hiervan, aan de orde kwam/kwamen. *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

13 Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Ik ben niet op de hoogte	Ik ben een beetje op de hoogte	Ik ben op de hoogte
In hoeverre bent u op de hoogte van de inhoud van de KNMG-meldcode?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14 Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Helemaal niet duidelijk	Niet duidelijk	Neutraal	Duidelijk	Heel duidelijk
In hoeverre vindt u dat de KNMG-meldcode duidelijk aangeeft wat u moet doen als u huiselijk geweld of kindermishandeling vermoedt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15 Geef bij de volgende stelling aan in hoeverre u het er mee eens bent. *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik heb voldoende kennis over de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik vind het tot mijn functie horen om de KNMG-meldcode te gebruiken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Door de KNMG-meldcode te gebruiken voel ik mij zekerder over de nemen stappen bij een vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Door de KNMG-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
meldcode te gebruiken, sta ik juridisch sterk als een casus tot een rechtszaak komt.					
Ik ben soms bang voor een agressieve reactie van de familie als ik stappen van de de KNMG-meldcode volg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wanneer ik de stappen van de KNMG-meldcode volg kost het teveel (vrije) tijd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wanneer ik de stappen van de KNMG-meldcode volg wordt dat onvoldoende vergoed.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16 Ik ben van plan ...

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Zeke r niet	Waarschijnlijk k niet	Misschie n niet, misschie n wel	Waarschijnlijk k wel	Zeke r wel
... conform de KNMG-meldcode te werken of te blijven werken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... de KNMG-meldcode op internet te downloaden of te bestellen om deze te gebruiken in mijn praktijk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... om scholing/training te volgen voor de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Zeke r niet	Waarschijnlijk k niet	Misschie n niet, misschie n wel	Waarschijnlijk k wel	Zeke r wel
stappen van de KNMG- meldcode.					

17 Welk deel van ...

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niemand	Sommigen	Meesten	Vrijwel alle	Allemaal
... de huisartsen uit uw huisartsenkring werkt volgens u volgens de KNMG- meldcode?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... uw collega huisartsen uit uw huisartsenkring verwacht van u dat u volgens de KNMG-meldcode werkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18 Ik krijg voldoende ondersteuning ...

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
... van medehuisartsen in mijn praktijk, als ik die nodig heb bij het werken volgens de KNMG- meldcode.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... van betrokken professionals in mijn werkomgeving als ik die nodig heb bij het werken volgens de KNMG-meldcode.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... van het AMK, als ik advies nodig heb bij het werken volgens de KNMG-meldcode.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... van het SHG, als ik advies nodig heb bij het werken volgende de KNMG-meldcode.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... van het AMK bij het melden van huiselijk geweld.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... van het SHG bij het melden van huiselijk geweld.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19 In welke mate ervaart u knelpunten in de samenwerking met onderstaande ketenpartners bij een vermoeden van huiselijk geweld en kindermishandeling? Het samenwerken kan hierbij bijvoorbeeld gaan over informatie uitwisselen, overleggen of het afstemmen van de zorgcoördinatie. *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
Gezondheidszorg (bijv. artsen, verpleegkundigen, verloskundigen, tandartsen, fysiotherapeuten, kraamzorg en geestelijke gezondheidszorg psychologen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onderwijs/kinderopvang (bijv. onderwijspersoneel, kinderopvangpersoneel en leerplichtambtenaren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maatschappelijke ondersteuning, waaronder de sectoren welzijn en sport (bijv. algemeen maatschappelijk werkers, (thuis)zorgmedewerkers, welzijnswerkers en personeel in de sport, MEE consultants, jongerenwerkers en peuterspeelzaalpersoneel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeugdzorg (bijv. medewerkers Bureau Jeugdzorg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Advies en Meldpunt Kindermishandeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Steunpunt Huiselijke Geweld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raad van de Kinderbescherming	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Politie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20 In hoeverre acht u zichzelf in staat om ...

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Zeke r niet	Waarschijnli jk niet	Misschie n niet, misschie n wel	Waarschijnli jk wel	Zeke r wel
... huiselijk geweld en/of kindermishandeling of risico's op huiselijk geweld en/of kindermishandeling te signaleren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... met de betrokkene of de ouders van de betrokkene in gesprek te gaan over een vermoeden van huiselijk geweld.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Zeke r niet	Waarschijnli jk niet	Misschie n niet, misschie n wel	Waarschijnli jk wel	Zeke r wel
... het AMK te bellen voor advies.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... het SHG (steunpunt huiselijk geweld) te bellen voor advies.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... advies te vragen aan collega's.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... te bepalen of ik zelf hulp kan bieden of niet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... relevante hulp te organiseren wanneer patiënten het probleem van huiselijk geweld en/of kindermishandeling bevestigen en hulp aanvaarden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... een melding te doen bij het SHG bij een sterk vermoeden van huiselijk geweld.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... een melding te doen bij het AMK bij een sterk vermoeden van kindermishandeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21 Ik verwacht dat ...

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
... mijn patiënten het zullen accepteren als ik de KNMG-meldcode gebruik bij het vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mijn patiënten de waarheid zullen vertellen wanneer ik het vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling bespreekbaar maak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mijn patiënten niet zullen meewerken wanneer ik handel volgens de stappen van de KNMG-meldcode.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... met het gebruik van de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling eerder kunnen worden voorkomen of gestopt, dan zonder het gebruik.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22 Het werken volgens de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vind ik ...

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- heel slecht
- slecht
- neutraal
- goed
- heel goed

23 Het werken volgens de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vind ik ...

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Helemaal niet effectief
- Niet effectief
- Neutraal
- Effectief
- Helemaal effectief

24 Geef bij de volgende stellingen aan in hoeverre u het hiermee eens bent.

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal eens
Ik ben tegen het gebruik van de KNMG-meldcode in de huisartsenpraktijk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het verplichtende karakter, vanaf 1 juli 2013, van de KNMG-meldcode is een ongewenste beperking van mijn vrijheid van handelen als huisarts.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Einde vragenlijst

25 Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Wanneer u vragen, suggesties of opmerkingen heeft, kunt u dit hieronder plaatsen.

Vul uw antwoord hier in:

Verstuur uw enquête
Bedankt voor uw deelname aan deze enquête.